FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 50

TRAITEMENT

DE

LA MÉTRORRHAGIE

PAR LES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES DE TEINTURE D'IODE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 JUILLET 1889

PAR

Jean DENEY

Né à Saint-Macaire (Gironde), le 27 août 1862.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VERGELY,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur,	*juges.*
BOURSIER,	agrégé,	
LAGRANGE,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1889

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 50

TRAITEMENT

DE

LA MÉTRORRHAGIE

PAR LES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES DE TEINTURE D'IODE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 JUILLET 1889

PAR

Jean DÈNEY

Né à Saint-Macaire (Gironde), le 27 août 1862.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VERGELY,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur,	*juges.*
BOURSIER,	agrégé,	
LAGRANGE,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

M. MICE..... Professeur honoraire.

Clinique médicale	MM. PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	ORÉ.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
	DENUCE.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle.. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. méd. des enfants.	MM. RONDOT.	Clin. des mal. vénér.	ARNOZAN.
Clin. chir. des enfants.	PIECHAUD	Clin. des mal. ment..	N.
Accouchements.....	LEFOUR, agr.	Chimie.....	M. CARLES, agr.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR VERGELY

Professeur de Pathologie et Thérapeutique générales à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Officier de l'Instruction publique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUDON

Chirurgien des Hôpitaux, Officier d'Académie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MERGET

Professeur de Physique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique.

INTRODUCTION

En 1857, la *Gazette des hôpitaux* publiait un mémoire du Dr Dupierris, de la Havane, renfermant quatre observations d'hémorragies utérines graves, arrêtées rapidement par des injections de teinture d'iode étendue d'eau dans la cavité utérine. En 1868, le même auteur rapportait, dans l'*Union médicale de la Gironde,* un nouveau succès obtenu par ce mode de traitement.

Le 2 mars 1868, le Dr Dupierris, assistant à la séance de la Société de médecine de Bordeaux, dont il était le correspondant à la Havane, fit, devant les membres de cette Société, une communication orale touchant la métrorrhagie puerpérale et le moyen de la combattre. Il ne fit alors que donner un simple aperçu de son mode de traitement par les injections iodées, se réservant d'en donner plus tard un plus ample exposé. C'est ce qu'il fit en 1870, dans un mémoire présenté à la Société de médecine et intitulé : *De l'efficacité des injections iodées dans la cavité de l'utérus pour arrêter les métrorrhagies qui succèdent à la délivrance et de leur action comme moyen préventif de la fièvre puerpérale.*

Plusieurs membres de la Société émirent des doutes sur l'efficacité et l'inocuité de ces injections. L'idée du Dr Dupierris fut cependant acceptée et suivie par plusieurs à Bordeaux.

Ayant été moi-même plusieurs fois témoin du succès de ce mode de traitement, à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Vergely, j'ai désiré en faire un sujet de thèse.

Je remercie M. le professeur Vergely d'avoir bien voulu accéder à ce désir, de m'avoir aidé de ses conseils et d'avoir accepté la présidence de cette thèse. Je le prie aussi de recevoir mes témoignages de sincère reconnaissance pour l'intérêt dont j'ai été l'objet de sa part durant cette année scolaire que j'ai passée tout entière dans son service.

Qu'il me soit permis d'offrir aussi mes remerciements à M. le professeur agrégé Dudon, pour l'accueil si bienveillant que j'ai reçu de lui et pour les deux observations qu'il a bien voulu me communiquer.

Je ne saurais oublier M. le professeur Merget, de qui j'ai si souvent reçu des marques d'intérêt durant tout le cours de mes études médicales. Qu'il daigne accepter ce témoignage de ma reconnaissance.

TRAITEMENT

DE

LA MÉTRORRHAGIE

par les Injections intra-utérines de teinture d'iode

DIVISION DU SUJET

Je diviserai ce travail en trois chapitres :

1° Dans le premier chapitre, je ferai l'historique des injections intra-utérines en général ;

2° Dans le second, j'étudierai tout particulièrement les injections intra-utérines de teinture d'iode, en faisant l'exposé de la théorie du Dr Dupierris, et je montrerai ensuite que ces injections, comme les injections intra-utérines en général, sont sans danger. L'exposé de quelques observations viendra corroborer mon assertion;

3° Le troisième chapitre comprendra l'exposé des méthodes employées par divers auteurs pour faire ces injections et les règles générales qui doivent y présider.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

L'idée de combattre par les injections les hémorragies survenant à la suite d'accouchements ou d'avortements après expulsion ou non du placenta est ancienne. Nous la voyons appliquée pour la première fois par Galien qui réussit à arrêter des pertes rebelles à l'aide d'injections de plantain. Prosper Alpin réussit également avec une décoction d'acacia arabica faite dans du vin.

Guillemeau, Mauriceau et Dionis rappellent le moyen de Galien et disent s'en être servis avec succès. Mais il est permis de douter que ces auteurs aient réellement employé les injections intra-utérines.

Récolin, dans un mémoire à l'Académie de médecine, en 1857, revendique la priorité dans l'emploi de cette méthode. Il fait remarquer que Guillemeau et Mauriceau faisaient administrer les injections par les gardes-malades; il est difficile de comprendre que des personnes étrangères à l'art aient pu conduire ces injections jusque dans l'utérus. Il ajoute qu'on trouve fréquemment confondus dans les auteurs anciens les mots de vagin et de col de la matrice sous la dénomination commune de matrice; il est probable que les injections de Mauriceau et de Guillemeau étaient faites dans le vagin (matrice) et non dans l'utérus.

Récolin est donc l'auteur qui paraît avoir employé le premier les injections intra-utérines. Il dit s'être servi trois fois avec

succès d'eau tiède pour débarrasser la cavité utérine des débris de placenta et des caillots qui y étaient restés après l'accouchement. Il injectait plusieurs seringues d'eau tiède jusqu'à disparition de la mauvaise odeur. « C'est un moyen simple, dit-il, et sans danger que l'on peut employer dans tous les cas et dans tous les termes des accouchements ».

En 1833, Mellier, dans un Mémoire à l'Académie de Médecine, préconise les injection intra-utérines dans le traitement du catarrhe du col; mais il ne s'adresse qu'au col, la canule étant à peine introduite au delà de l'orifice externe.

En 1866, Levret, dans son Traité des accouchements, dit que dans les cas d'avortements, s'il y a pourriture, il facilite sa sortie et celle des corps étrangers, lambeaux placentaires, par le moyen des injections aqueuses faites dans la cavité propre de la matrice.

Les injections intra-utérines, employées pour favoriser la sortie du placenta ou des débris de cet organe retenus dans l'utérus et pour s'opposer au développement des accidents puerpéraux trop souvent produits par l'absorption des produits septiques par les solutions de continuité de l'organe, étaient aussi utilisées à arrêter les hémorragies utérines. Leroux, Leroy, de Lignerolle, Maurice, Dupierris, Pajot ont employé avec succès les hémostatiques administrés sous cette forme.

Les substances mises en usage sont très nombreuses. Nous avons vu Galien se servir d'eau de plantain; Prosper Alpin d'une décoction d'acacia arabica faite dans du vin. Dans la suite, les liquides les plus divers furent successivement employés suivant les effets que l'on cherchait à obtenir. S'agissait-il simplement de faire des lavages utérins, on usait d'eau froide simple ou acidulée par du vinaigre; de liquides émollients, eau de mauve, de guimauve, de sureau, d'orge; des infusions

de camomille additionnées d'hypochlorite de soude ; de solutions d'hypochlorite de soude, d'acides phénique ou salicylique, de permanganate de potasse, etc.

Voulait-on hâter l'involution de l'utérus en augmentant sa force de contraction et favoriser ainsi la cessation des hémorragies, on se servait d'eau froide, glacée, d'eau alcoolisée, d'alcool pur même. Smellie parle de praticiens qui exprimaient dans la matrice des linges ou des éponges imbibés d'esprit pur. Deleurye indique l'eau-de-vie à parties égales avec de l'eau, du vin pur, dans les hémorrogies avec atonie complète de l'utérus.

Leroy dit avoir sauvé plusieurs femmes près d'expirer avec l'injection de quelques cuillerées d'eau-de-vie et de vinaigre ou bien d'eau-de-vie et de vin bouilli. Maurice (Thèse de Paris, 1831) donne une observation d'hémorragie par inertie arrêtée après deux injections de vinaigre pur.

Pajot conseille de porter dans la matrice un bourdonnet de charpie imbibé de perchlorure de fer, pour lui faire jouer à la fois le rôle d'hémostatique et d'excitant des contractions utérines. Mais c'est surtout Norris qui préconise les injections de perchlorure de fer.

Wray, Levret et Pajot emploient la solution de nitrate d'argent à 1 pour 30.

Ces divers agents hémostatiques introduits dans l'utérus l'excitent et provoquent des contractions, circonstance éminemment favorable à l'expulsion de débris placentaires et autres corps étrangers. Si l'on se rappelle la disposition des vaisseaux de l'utérus au milieu des fibres musculaires, on se rendra également compte de l'arrêt de l'hémorragie après l'accouchement ou l'avortement, les vaisseaux étant resserrés par la contraction de l'organe. Quelques-uns de ses agents, comme le perchlorure de fer, ont en outre la propriété de coaguler le

sang à l'orifice des vaisseaux, source de l'hémorragie, et concourent encore par ce moyen à la cessation de l'écoulement.

J'ai négligé à dessein, dans cette énumération, de mentionner l'emploi de la teinture d'iode, me réservant d'en faire le sujet de la seconde partie de mon travail.

CHAPITRE II

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES DE TEINTURE D'IODE

Le docteur Dupierris, de la Havane, préconisa le premier les injections de teinture d'iode dans les cas d'hémorragie après l'accouchement, dans le but de solliciter les contractions de l'utérus. Il fut amené à l'idée de ces injections par les bons résultats qu'il avait obtenus en touchant des granulations du col de la matrice avec un bourdonnet de charpie imbibé de teinture d'iode étendue de 1/3 d'eau. Quelque temps après, ayant eu à combattre une hémorragie abondante chez une femme portant un cancer du col de l'utérus, il avait usé sans succès de divers hémostatiques, quand il eut l'idée de recourir à l'usage local de la teinture d'iode que la malade prenait à l'intérieur. Il introduisit, à l'aide du spéculum, des bourdonnets de charpie imbibés de teinture d'iode sur les points d'où le sang s'échappait et il vit l'hémorragie s'arrêter aussitôt.

En 1853, dans un voyage à Paris, Dupierris communiqua aux docteurs Campbell et Dubois la certitude qu'il avait d'arrêter une hémorragie puerpérale avec une seule injection de teinture d'iode. Il fit ensuite la même communication à d'autres médecins et la plupart lui objectèrent qu'ils craignaient l'action trop excitante de ce médicament. Dupierris leur assura n'avoir jamais eu aucun accident dans l'emploi de ce traitement : « Toutes les femmes qui y ont été soumises, dit-il, ont eu à peine un peu de fièvre de lait à l'époque habituelle; les lochies ont coulé un peu abondantes et pendant une durée moindre

que normalement, mais toujours dans l'ordre le plus régulier; aucune n'a eu de tranchées consécutives. »

« ... J'ai plus de cent fois, ajoute-t-il, injecté la teinture d'iode affaiblie par deux fois son poids d'eau, pour combattre les métrorrhagies provenant de causes différentes en dehors de la gestation. Je n'ai pas tenu compte de quelques cas de métrorrhagie puerpérale qui m'ont paru trop simples pour en prendre note; je n'ai conservé l'historique que de quatre cas que je ne relate point ici, attendu qu'ils sont l'objet d'un mémoire que j'ai adressé dernièrement à l'éditeur de la *Revue de Jefferson;* mais je citerai un cinquième cas rapporté par deux médecins les plus en renom de cette ville... ».

Voici en quelques mots cette observation : « M^me^ Alb... avait, à la suite de plusieurs couches, eu des hémorragies abondantes ayant nécessité les plus grands soins. Les docteurs Gutierez et Zayas, appelés auprès d'elle pour un nouvel accouchement suivi de pertes, avaient essayé tous les moyens sans succès lorsqu'ils tentèrent l'emploi de la teinture d'iode avec la seringue de Dupierris et suivant sa méthode. Le docteur Gutierez qui avait la main dans l'utérus au moment où l'injection fut poussée, sentit une violente contraction qui repoussa sa main avec une grande force. L'hémorragie fut arrêtée et ces médecins assurent n'avoir jamais vu de suites de couches plus heureuses ».

Dans le mémoire présenté à la Société de médecine de Bordeaux en 1870, le docteur Dupierris cite vingt-quatre observations de pertes arrêtées par les injections de teinture d'iode.

Voici quelques-unes de ces observations. Je ne les citerai point toutes, car elles ont toutes trait au même sujet, la guérison d'hémorragies après l'accouchement et leur description m'entraînerait trop loin : je donnerai ici les plus concluantes :

OBSERVATION I

Mme Joséphine Banc..., me fit appeler pour l'assister dans son accouchement. Cette dame, d'un tempérament nerveux, âgée de 22 ans, était mère d'une petite fille de 20 mois ; elle était d'une constitution assez faible, mais son état de santé était assez bon.

L'accouchement eut lieu sans le moindre accident, si ce n'est que les contractions utérines furent toujours faibles. Aussitôt que le placenta fut expulsé, une hémorragie très abondante, par le fait de l'inertie de l'utérus, se présenta : des titillations faites avec soin, des frictions à l'hypogastre, la compression de l'aorte abdominale, rien de tout cela ne suffit à faire que l'utérus se contractât. J'envoyai, tout aussitôt, chercher une seringue à hydrocèle, une sonde de gomme élastique et une demi-once de teinture d'iode, mélée à une once d'eau et un peu d'iodure de potassium. Le tout fut mis dans la seringue. La sonde, introduite le long de la main portée dans l'utérus, servit à pousser le liquide dans la cavité ; la contraction fut immédiate et tellement forte que la main fut chassée avec violence. De nombreux caillots furent rejetés et l'hémorragie cessa. Tout aussitôt l'utérus prit, à l'hypogastre, le volume d'une grosse orange et sa fermeté me fit espérer que l'inertie ne reparaîtrait pas. Il en fut comme j'avais auguré. La malade était faible, ce qui s'explique du reste par l'abondance du sang qu'elle avait perdu ; mais, malgré cela, les suites de couches furent des plus heureuses : les lochies durèrent huit jours seulement et en très petite quantité ; le lait se présenta aux seins sans être précédé de fièvre ni autres phénomènes.

OBSERVATION II

Mme L..., native des Attakapas, était venue demeurer au faubourg Marigny où elle n'avait pas toutes les aises dont elle jouissait chez ses parents. Nature hystérique, elle se préoccupait beaucoup des suites de sa grossesse,

bien que ce fût la quatrième. Je fus appelé à l'assister pendant son accouchement.

Lorsque j'arrivai auprès d'elle, je la trouvai accouchée mais non délivrée ; son enfant était bien venu. La sage-femme qui l'assistait redoutait, me dit-elle, les suites, parceque l'accouchement avait été trop prompt et que depuis ce moment la matrice ne s'était pas contractée. Je prescrivis du seigle ergoté par prises de 10 grains tous les quarts d'heure, jusqu'à quatre doses, si la matrice ne se contractait pas avant ce temps.

Au moment de prendre la quatrième dose, il y a un peu de douleur et l'arrière-faix est rendu ; mais, après lui, une hémorragie se déclare et l'utérus est flasque. Introduisant la main dans l'utérus, j'y trouve des caillots que j'extrais ; puis je place la main gauche sur le fond de l'organe, tandis que je frictionne l'intérieur. N'obtenant pas de résultats et voyant que la matrice ne fait pas le moindre mouvement, je me décide à pratiquer l'injection iodée, telle que je l'avais employée chez M^me^ G... Les conséquences ne se font pas attendre : l'hémorragie cesse et l'utérus contracté vient occuper la région sus-pubienne sous la forme d'un corps globuleux, de consistance ferme.

Je fais prendre un mélange de wisky et d'eau sucrée qui ranime la malade; un bouillon froid toutes les trois heures; eau vineuse sur demande.

Les lochies ont coulé assez bien pendant cinq jours; la malade n'a rien éprouvé d'extraordinaire; elle nourrit son enfant d'après mon conseil; son mari, qui craignait qu'elle ne fût pas capable d'allaiter l'enfant, a vu ce que je lui avais prédit, que les soins qu'exigerait son nourrisson étaient le meilleur des remèdes contre les attaques hystériques de la jeune mère. La santé de M^me^ L... est bien meilleure qu'auparavant et elle s'aide, dans l'allaitement de son enfant, par du lait de vache affaibli, qu'elle lui fait prendre au moyen du biberon.

OBSERVATION III

La dame Rosa B... me consulta pour une tumeur qui avait son siège dans la glande mammaire droite. Les symptômes qui me furent rapportés, la dureté et l'inégalité de la tumeur me firent diagnostiquer un squirrhe; et comme la tumeur était libre et que pas un ganglion de ses alentours n'était affecté, je conseillai l'opération. Mon conseil fut rejeté.

Le 18 décembre, M^me^ Rosa vint à ma consultation pour savoir ce qu'elle aurait à faire pour une affection utérine dont elle souffrait beaucoup. Voyant qu'elle ne me parlait pas de son sein, je lui en demandai des nouvelles; elle me dit qu'elle en était guérie, que le D^r^ Gut... l'avait traitée par la compression, d'après la méthode de Récamier. En effet, la tumeur avait disparu; mais les souffrances de l'utérus dataient de la disparition de l'affection squirrheuse du sein; cette dame en était convaincue et regrettait de n'avoir point suivi mon conseil.

Après que j'eus placé D^me^ Rosa de manière à introduire le spéculum, je portai l'index dans le vagin pour connaître la position du col : je trouvai cette partie très tuméfiée, avec des indurations partielles. Le spéculum mit à découvert un ulcère carcinomateux, saignant au moindre contact d'un corps quelconque; l'ulcère s'étendait à la moitié au moins du col, y compris l'ouverture.

Des douleurs lancinantes, la pâleur du facies, les hémorragies fréquentes et la forme de l'ulcère ne me laissèrent pas de doute sur la nature cancéreuse.

Cette dame était, à cette époque, enceinte de quatre mois environ. Son mari et son beau-père (celui-ci médecin) vinrent savoir ce que je pensais de l'état de D^me^ Rosa. Je leur répondis que je croyais que l'affection squirrheuse, en abandonnant le sein, s'était portée sur l'utérus, qu'il y avait affection carcinomateuse et qu'en plus il y avait la complication d'une grossesse, qu'on avait soupçonnée, que, par conséquent, je ne voyais autre chose à faire que prévenir ou au moins à combattre les hémorragies, afin

de ne point laisser trop affaiblir la pauvre malade. Je prescrivis, à cet effet, les injections iodées qui réussissaient presque toujours à arrêter le flux sanguin. Je tairai les autres moyens que je conseillai et je ne suivrai pas l'histoire de cette malade qui n'a trait qu'indirectement à mon but.

Le 22 avril 1845 je fus mandé pour accoucher D^me^ Rosa : je trouvai la malade dans un état de faiblesse qui me donna les plus grandes appréhensions. Son corps était infiltré, la peau très froide et le faciès celui d'un cadavre.

Le fond de l'utérus était une fongosité infecte ; il s'en écoulait une sérosité qui corrodait toutes les parties par où elle passait. L'accouchement eut lieu sans le moindre effort ; on aurait dit que l'enfant glissait, mû par son propre poids. Le délivre ne tarda guère à suivre l'enfant.

L'inertie de la matrice amena un flux sanguinolent assez abondant. L'injection iodée fut projetée dans l'utérus et cet organe obéit à l'excitant mis en contact avec sa cavité.

La malade vécut jusqu'au 7 mai, soutenue par le rhum dont elle usa largement pendant et après la parturition. La fille à qui elle donna le jour et que je revis lorsqu'elle avait 14 à 15 ans était fort gentille ; elle avait le tempérament lymphatique de sa mère et je crains bien qu'elle ne finisse comme elle.

OBSERVATION IV

S..., négresse libre, âgée d'environ 34 ans, déjà mère de trois enfants, venait de mettre au monde le quatrième lorsqu'une hémorragie considérable se manifesta avant l'expulsion du délivre. L'accoucheuse me fit immédiatement appeler. Je trouvai la malade dans un état de pâleur cadavéreuse ; la peau était froide et couverte d'une sueur glutineuse. La malheureuse femme était en défaillance ; le flux sanguin continuait avec force, quoique la quantité de sang perdu fût d'au moins deux litres.

Après avoir préparé l'injection que je me proposais de faire, j'introduisis la main pour finir de détacher le placenta qui était en partie décollé. La

matrice était dans l'inertie la plus complète. Le placenta extrait, ainsi que de nombreux caillots qui occupaient la cavité utérine, l'injection est poussée avec force, l'utérus la rejette bientôt et la rétraction de l'organe arrête l'hémorragie.

La malade prend plusieurs fois du rhum et des bouillons froids; ses forces reviennent petit à petit; je lui enjoins le repos le plus parfait. Deux jours après l'opération je revois la malade; elle est encore un peu faible, mais elle se trouve bien; les lochies coulent sans beaucoup d'abondance, elles sont de bonne nature.

Deux jours plus tard, la malade reprend ses forces; elle allaite son enfant; les seins sont gonflés elle n'a pas eu de fièvre de lait.

OBSERVATION V

M. B... (Simon), à qui je donnais des soins pour une affection grave de la bouche, avait amené avec lui une négresse de sa campagne pour le soigner. Un jour, B... me fit demander en toute hâte, pour aller voir sa domestique qui, après s'être accouchée, se mourait d'une hémorragie foudroyante; le placenta avait suivi de près l'accouchement qui avait été long et pénible. Je trouvai auprès de la malade deux médecins qui l'assistaient depuis deux jours pour ses couches; ils avaient dû employer le forceps pour terminer l'accouchement. Des frictions à l'hypogastre et à l'intérieur de l'utérus, cet organe massé en différents sens, la compression de l'aorte, un citron exprimé dans la cavité utérine, rien n'avait pu faire que l'utérus se contractât. L'inertie était complète, la malade était froide, elle avait de fréquentes convulsions; on s'attendait à tout instant à la voir finir.

Ayant été prévenu du motif pour lequel on me demandait, je pris mes précautions pour être en mesure de faire l'injection. Je priai le docteur Rodriguez, qui était l'un des médecins, de porter la main dans l'utérus pour extraire les caillots qui s'y trouveraient et pour servir de guide à la sonde de gomme élastique qui devait porter l'injection d'iode dans la ma-

trice. Tout fut exécuté sans perte de temps. Les résultats ne se firent pas attendre, la rétraction s'opéra rapidement. La main posée sur l'hypogastre perçut de suite l'utérus sous une forme globuleuse et très ferme occupant la région sus-pubienne.

Le rhum, que par mon conseil on avait fait prendre à la malade et l'ammoniaque qu'on lui avait fait respirer, lui firent reprendre ses sens. On continua à lui donner un petit verre à liqueur de rhum toutes les deux heures, et, dans l'intervalle, du bon bouillon.

Je laissai la malade aux soins de son médecin, et j'appris, quelques jours plus tard, par son maître, qu'elle était fort bien mais que l'enfant était mort à la suite du tétanos néo-natorum.

OBSERVATION VI

D^me^ Juana Jimen..., d'un tempérament lymphatique, âgée d'environ 28 ans, est à sa troisième grossesse : les deux antérieures n'ont rien offert de particulier; mais cette jeune femme est prise d'un découragement très grand, sans qu'on puisse l'attribuer à autre chose qu'à la lenteur avec laquelle le travail s'opère et quelques vomissements qui lui causent une assez grande faiblesse. Son accoucheuse, D^me^ Josefa Dominguez, craignant que ce découragement ne devînt une cause d'accidents graves, demanda l'assistance d'un médecin. Je me suis rendu auprès de la malade que j'ai trouvée en syncope; peu d'instants après, je pus lui faire prendre du vin chaud qui avait été bouilli avec de la cannelle et du sucre. Elle recouvra un peu de forces et de courage. Je l'examinai et m'assurai que la position du fœtus était bonne ; le col était trop peu dilaté pour m'engager à rompre les membranes, malgré le désir que j'en avais, attendu que les eaux de l'amnios étaient en trop faible quantité pour que la poche des eaux pût aider à la dilatation du col. J'attendis donc que la tête s'engageât un peu plus.

Il s'était écoulé à peu près une heure depuis cet examen, quand les douleurs se présentèrent à la suite d'un peu de rhum que la malade venait de

prendre; je déchirai les membranes en les grattant avec l'ongle; elles étaient appliquées sur la tête du fœtus : il n'y eut pas d'eau après la déchirure. Dès ce moment le travail progressa et, trois heures après, je reçus un petit garçon ayant deux tours du cordon autour du cou. Je dégageai l'enfant et, après avoir fait deux ligatures au cordon, comme je le pratique toujours, l'une pour le nouveau-né, l'autre pour le placenta, j'opérai la section entre les deux ligatures et remis l'enfant à la sage-femme.

Une heure après l'accouchement, voyant que l'utérus était dans un état d'inertie, qu'il y avait hémorragie peu considérable, il est vrai, mais encore trop abondante pour une femme aussi faible, je me décidai à aller chercher le placenta qui adhérait encore par certains points; l'opération du détachement terminée, je l'entraînai au dehors, et, avec lui, bon nombre de caillots.

L'inertie de la matrice continuant encore après ces manœuvres, je poussai l'injection d'iode dans la cavité utérine. L'effet fut prompt; l'utérus revint sur lui-même et présenta, à la région sus-pubienne, la forme globuleuse et la consistance ferme qui lui sont propres lorsqu'il est bien contracté. Une alimentation tonique sous un petit volume fut prescrite et la malade continua à bien aller.

OBSERVATION VII

M^me^ Cat..., âgée d'environ 30 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, a souffert, pendant une dizaine d'années, d'une affection du foie, que j'ai été appelé à soigner. Son état était tellement grave que je craignais pour ses jours; mais à force de soins une amélioration se produisit. Dès que sa santé fut en meilleure phase, M^me^ Cat... devint enceinte. Cet événement me causa de nouvelles alarmes, surtout quand son père, le D^r^ A..., m'eut informé qu'il avait éprouvé de très grandes difficultés à l'accoucher à son premier et unique enfant, lequel n'avait pas vécu. Ces difficultés avaient eu leur source dans le rétrécissement du diamètre transverse du détroit infé-

rieur, causé par le rapprochement des deux tubérosités ischiatiques. Mais fort heureusement le fœtus était très petit et l'obstacle avait été franchi lentement, il est vrai, mais sans accident. Mme Cat... redevint enceinte quelques mois plus tard et son état de faiblesse continua. Je conçus l'espoir que si cet état de faiblesse était communiqué au fœtus, celui-ci ne se développerait pas beaucoup, et qu'alors l'accouchement pourrait se terminer aussi heureusement que le précédent.

La grossesse n'amena aucune particularité digne d'attention ; mais nous n'étions pas au bout de nos peines. Je réclamai l'aide d'un confrère pour m'assister dans le travail qui était commencé. Après que nous eûmes constaté la difformité dont il a été question, nous trouvâmes que la tête du fœtus était en première position et qu'elle était volumineuse. Considérant que le peu de forces de notre malade ne permettait guère que l'accouchement pût avoir lieu naturellement, nous convînmes d'appliquer le forceps dès que le cas le permettrait ; nous espérions encore de la sorte prévenir une hémorragie quelconque. L'occasion d'appliquer l'instrument ne nous fut fournie que lorsque la tête fut arrivée au point d'où une femme bien constituée eût pu l'expulser par une seule tranchée. Pendant ce temps, la malade s'affaiblissait et ses extrémités devenaient froides. Ces symptômes, joints à la dyspnée, me faisaient craindre qu'il n'y eût une hémorragie. J'envoyai de suite chercher de la teinture d'iode et une seringue convenable. Le forceps fut appliqué facilement ; il amena un enfant mort, et, à la suite, sortit une quantité considérable de sang. La malade prit deux cuillerées d'eau-de-vie et tout aussitôt je portai la main dans l'utérus pour aller rechercher le placenta qui tenait encore par une très-faible partie. Cette manœuvre ne suffit pas pour faire contracter l'utérus. Dès lors, une fois en possession de l'iode, l'injection fut faite, l'inertie de l'utérus cessa et avec elle aussi l'hémorragie.

Je continuai de combattre l'état anémique par des toniques et des bouillons ; j'ordonnai une potion éthérée. J'aurais à répéter ce que j'ai dit dans d'autres observations, si je voulais dire comment les choses se sont passées dans la suite des couches de Mme Cat... Je m'en abstiendrai et je dirai seule-

ment que, pendant une douzaine de jours, je fus obligé d'extraire l'urine de la vessie trois fois par jour, l'inertie de cet organe empêchant la miction de se faire.

OBSERVATION VIII

Il s'agit d'une négresse libre, primipare, dont les forces étaient épuisées, la sage-femme, fort ignorante, l'ayant mise en travail bien avant qu'elle n'eût dû le faire.

Le cas n'a offert d'autre particularité que celle de l'inertie de la matrice et une faible hémorragie que je combattis efficacement, comme à l'ordinaire, par l'injection iodée.

OBSERVATION IX

Mme Per..., native de la Havane, d'un tempérament lymphatico-nerveux, mariée depuis treize mois, n'a rien présenté de particulier dans sa grossesse jusqu'au moment de l'accouchement.

Le 23 juillet, vers cinq heures de l'après-midi, commencèrent les premières douleurs ; j'arrivai près d'elle pour l'assister. L'abdomen est tellement volumineux que je crains d'avoir affaire à une grossesse gémellaire. Les tranchées se répètent assez fréquemment. Le col largement effacé et l'orifice bien dilaté me font penser que l'accouchement sera prompt.

A sept heures et demie la poche des eaux se rompt et une grande quantité de liquide s'en échappe. A huit heures, l'accouchement a lieu; la délivrance est presque immédiate. Mais tout à coup les contractions utérines ont cessé, l'utérus est dans un état d'inertie manifeste et un flux sanguin considérable a lieu. Les choses étant préparées pour le cas d'une hémorragie, je poussai la main dans l'utérus pour en retirer les caillots fort nombreux qu'il contenait, et, immédiatement après, l'injection est faite dans la cavité utérine. La main posée sur l'hypogastre perçoit la matrice fortement contractée, du volume d'une grosse orange.

Les lochies se sont parfaitement établies et ont duré six jours; il n'y a point eu de fièvre de lait. L'enfant, un superbe garçon, est confié à une négresse pour l'allaitement, la mère ayant peu de lait.

L'injection faite est bien toujours celle composée d'après la formule suivante : teinture d'iode, 15 grammes; iodure de potassium, 0,5 décigrammes; eau, 30 grammes pour une injection.

OBSERVATION X

D^me^ N..., jeune femme faible, asthmatique, d'une famille distinguée, eut son troisième enfant au Cerro; M^me^ Demoy, sa sage-femme, craignant une hémorragie, réclama l'assistance d'un médecin. M. Zayas fut appelé. L'accouchement allait se terminer lorsque le docteur arriva près de la malade.

Aussitôt après l'accouchement, la malade fut placée de manière que le bassin se trouvât plus élevé que la tête; il fut donné 50 centigrammes de seigle ergoté; on fit des frictions sur l'abdomen, dans le but d'exciter les contractions de la matrice; vingt minutes s'étaient écoulées depuis l'accouchement, quand une hémorragie considérable eut lieu. L'utérus était mou, la main fut introduite pour extraire le placenta, qui fut trouvé décollé, et les caillots qui occupaient la cavité; les frictions, les titillations, la compression de l'aorte, rien n'ayant réussi, l'injection iodée fut pratiquée. L'hémorragie cessa à l'instant et la contraction de l'utérus fut complète et continue.

Cette dame n'éprouva aucun accident dans sa suite des couches. Les lochies durèrent quatre jours seulement. Elle eut depuis lors d'autres accouchements heureux.

OBSERVATION XI

La négresse dont il s'agit est jeune et primipare; elle habite le Cerro; elle est atteinte d'une hémorragie de forme chronique, qui commença après la délivrance. Je fus appelé pour l'accoucher, mais ne pouvant m'y rendre, je me fis remplacer par le Dr Zayas. Voici ce qui se passa : l'accouchement avait été long et laborieux, il avait duré deux jours; l'enfant était mort. Il y avait cinq jours que l'accouchement avait eu lieu et pendant ce temps l'hémorragie s'était renouvelée plusieurs fois. La malade était très faible; on sentait à peine le pouls; il y avait des vomissements et la peau était froide. L'utérus, mou et assez développé, se contractait faiblement et se relâchait bientôt après; l'hémorragie n'était pas considérable.

Après avoir extrait les caillots qui se trouvaient dans l'utérus et le vagin, l'injection d'iode fut faite. La contraction fut prompte, énergique et instantanée. La malade continua à se bien porter depuis ce moment.

OBSERVATION XII

Une dame étrangère au pays, âgée d'environ 35 ans, très chlorotique, demeurant au boulevard San-Lazaro, sollicita les soins du Dr Dupierris dans un accouchement laborieux. Craignant, par les symptômes qu'il observait, que la délivrance ne fût suivie d'une inertie de l'utérus, le Dr Dupierris appela avec lui son collègue M. Zayas. M. Dupierris, s'étant pourvu des moyens nécessaires pour faire l'injection, attendit patiemment que la délivrance arrivât à son terme; l'accouchement eut lieu trente-deux heures après qu'il avait commencé.

Une heure après l'accouchement, une faible tranchée expulsa le placenta. L'utérus demeura inerte, gonflé, une hémorragie considérable eut lieu. M. Dupierris fit de suite l'injection d'iode. La contraction de l'utérus fut complète. L'hémorragie cessa définitivement. Dix jours plus tard, l'accou-

chée était à ses occupations, un peu faible, mais sans autre malaise à noter. Les lochies durèrent huit jours.

OBSERVATION XIII

Dupierris cite le cas d'une dame P... qui, dans trois grossesses successives suivies d'hémorragies abondantes, vit ces hémorragies cesser à la suite d'une injection de teinture d'iode. Chaque fois, il sentit sous sa main l'utérus se contracter, former à l'hypogastre une tumeur de la grosseur d'une orange très ferme. Les suites de couches furent des plus naturelles.

Dupierris injectait quelquefois de la teinture d'iode pure; mais le plus souvent, il se servait d'une solution composée de 15 grammes de teinture d'iode, 0 gr. 50 d'iodure de potassium et 30 grammes d'eau. Il faisait prendre à la femme la position obstétricale, le siège sur le bord du lit, les cuisses écartées et maintenues par un aide; puis il introduisait une main dans l'utérus pour en retirer les caillots ou autres corps étrangers. Il glissait immédiatement après dans l'utérus la canule d'une seringue ou une sonde de gomme élastique admettant dans son pavillon la canule de la seringue, et il poussait avec force l'injection, la main placée dans la matrice servant à maintenir la sonde de manière que l'injection fût faite dans toute la cavité.

Pour lui, la teinture d'iode n'agit pas comme hémostatique direct; son action porte sur l'inertie de la matrice. Elle oblige l'utérus à revenir sur lui-même et par cette contraction elle ferme les vaisseaux béants. Et non seulement elle arrête l'hémorragie par ce mécanisme, mais encore elle empêche, au moyen des contractions qu'elle provoque, l'accumulation des caillots sanguins ou d'autres corps étrangers dans l'utérus. En

même temps, elle active le travail qui doit ramener l'utérus à son état normal et par conséquent diminue les chances d'infection auxquelles l'état puerpéral expose les nouvelles accouchées. Les insuccès que l'on pourrait rencontrer dans ce mode de traitement viendraient de ce que le tissu utérin modifié par la maladie ne peut pas se contracter avec assez de force pour boucher les vaisseaux qui donnent lieu à l'hémorragie.

La méthode de Dupierris eut de nombreux contradicteurs. Une des premières objections, nous l'avons vu, fut la crainte de l'action trop excitante du médicament. Mais pourquoi la teinture d'iode dangereuse dans l'utérus ne le serait-elle pas ailleurs? Ne voyons-nous pas tous les jours ce médicament introduit dans les séreuses, la plèvre même, dans les cavités kystiques, les synoviales et cela sans aucun accident? On n'a pas craint d'employer les injections de teinture d'iode dans le péritoine, dans les cas d'ascite, et cela sans voir survenir aucun symptôme de péritonite. Pourquoi craindrait-on ces injections dans l'utérus? Au contraire, l'iode en injections intra-utérines doit, il me semble, être bien plus inoffensif, puisque la solution est rejetée à l'extérieur par les contractions, tandis que dans l'ascite une partie de l'injection ne sort du péritoine que par absorption.

M. Charles Dubreuilh, de Bordeaux, en parlant des faits rapportés par Dupierris, ajoute : «Pour mon compte, je dois l'avouer, ce ne serait pas sans quelque préoccupation que je porterais dans l'intérieur de l'utérus un agent aussi actif et qui, à côté du bien qu'il peut produire comme agent hémostatique, pourrait devenir la cause de phlegmasies violentes dont, depuis plusieurs années, nous voyons de si fréquents exemples et de si fâcheuses reproductions.» Mais cet auteur revint plus tard sur cette opinion. Il le dit lui-même dans *l'Union Médicale* de 1874 : «En réfléchissant à l'innocuité des injections de

teinture d'iode dans les synoviales, dans les cavités séreuses, dans la tunique vaginale et notamment dans le péritoine, et aux faits nombreux fournis par le Dr Dupierris, nous n'hésitons plus, en présence d'une métrorrhagie ayant résisté à d'autres moyens, à suivre les conseils de notre confrère.»

Une autre objection que l'on pourrait faire à la méthode de Dupierris est celle qui a été faite aux injections intra-utérines en général, venant du danger d'accidents graves de péritonite à la suite d'injections mal faites, par le passage du liquide injecté dans le péritoine par les trompes.

Il existe plusieurs cas prétendus de mort par péritonite à la suite d'injections intra-vaginales. Le Dr Georges Johnson cite deux observations ayant trait : 1° l'une à une femme de 19 ans qui, pour combattre une leucorrhée persistante, employait déjà depuis longtemps des injections de tannin. Un jour, à la suite d'une injection faite à la hâte, en introduisant la canule trop profondément elle poussa un cri, tomba en disant «Je souffre atrocement, je viens de me tuer» ; une péritonite survint et la malade mourut 46 heures après. — 2° L'autre, à une femme qui, à la suite d'une injection de sulfate de cuivre, fut prise d'un frisson violent avec douleurs hypogastriques s'irradiant à la fosse iliaque gauche et vers le dos. Il y eut de la métro-péritonite qui mit la malade en grand danger et qui ne guérit qu'après de longs jours de souffrance.

Lorain cite le cas d'une jeune fille de 16 ans atteinte de vaginite probablement blennorrhagique, chez laquelle la mort survint par péritonite à la suite d'une injection de nitrate d'argent faite avec une petite seringue, une partie du liquide étant même sortie du vagin.

Lorain prétend qu'il ne faut point incriminer ici l'injection intra-utérine qui n'entre que pour une part très minime dans la production de l'accident. Il explique la mort par le passage

du pus des trompes dans le péritoine, grâce au pouvoir contractile des trompes et à l'excitabilité nerveuse tubo-ovarienne déterminée par la douleur. Pour lui, le moindre effort aurait pu également amener la mort. Du reste, l'autopsie lui fit voir dans cette circonstance la présence d'une métrite avec suppuration, les trompes remplies de pus dont une partie s'était écoulée dans le péritoine et y avait occasionné une péritonite diffuse.

Il est probable que la plupart des accidents graves attribués aux injections sont dus à ce que l'examen de la malade avait été fait incomplètement, et à ce que, une complication existant dans le péritoine, les ovaires, le tissu cellulaire péri-utérin ou l'utérus était passée inaperçue. L'agent employé n'est qu'une cause occasionnelle faisant éclater une maladie dont tous les éléments étaient en quelque sorte préparés.

Quelques auteurs ont cru prouver par des expériences *post mortem* que le liquide pouvait passer dans les trompes et dans le péritoine. En 1868, Alphonse Guérin crut l'avoir démontré, mais on peut objecter à ses expériences qu'il avait lié le col de l'utérus sur la sonde conductrice et qu'il lui avait fallu pousser très fortement le liquide pour vaincre la résistance des trompes.

Il est aujourd'hui démontré que les injections faites dans l'utérus ne peuvent franchir les trompes et pénétrer dans le péritoine que lorsqu'elles sont soumises à une pression considérable, l'orifice du museau de tanche étant complètement obstrué.

Le Dr Jules Fontaine cite, dans sa thèse de doctorat de 1869, de très belles expériences faites par lui à la Maternité de Paris, qui prouvent cette impossibilité pour les liquides de franchir les trompes. Il montre sur sept utérus de femmes mortes quelques jours après l'accouchement que, pour que le

liquide puisse passer dans le péritoine avec une pression faible de 10 centimètres cubes, il faut introduire au préalable une canule dans le conduit de la trompe; que si l'on lie le col sur la canule, il faut une pression très forte, pouvant aller jusqu'à 2 mètres cubes, pour que le liquide reflue dans les trompes : l'auteur s'est toujours assuré de la perméabilité des trompes avant les expériences.

De Sinéty, dans son Traité de gynécologie, pense qu'il ne faut pas toujours assimiler complètement ce qu'on observe sur le cadavre à ce qui se passe chez la femme vivante. « On rencontre, en effet, de temps en temps, dit-il, des trompes dilatées et dans ces cas aucun obstacle ne s'opposerait au passage du liquide dans le péritoine. Quoi qu'il en soit, il est certain que des accidents graves, quelquefois mortels, ont suivi l'introduction d'un liquide caustique dans l'utérus. Ces faits suffisent pour justifier notre réserve, en n'admettant les injections intra-utérines que comme dernière ressource ».

Courty regarde les injections intra-utérines comme le moyen le plus dangereux qui puisse être employé. D'après lui, il ne faudrait les faire que dans les cas de liberté avérée de l'orifice cervico-utérin permettant au liquide de refluer par cet orifice dans le vagin dès qu'il a rempli la cavité utérine : « Pour mon compte, dit-il, j'ai pu faire souvent des injections impunément; mais, bien que je n'aie jamais eu à déplorer la mort d'aucune de mes malades, j'ai vu parfois naître instantanément à la suite d'injections, des accidents si formidables que je me suis promis de n'y revenir avec des liquides caustiques et même avec de l'eau pure, que dans les circonstances de liberté avérée de l'orifice cervico-utérin ».

Nous appuyant sur les opinions de Jules Fontaine, Rendu et autres auteurs, nous pensons que les injections intra-utérines faites avec précaution sont sans danger.

Si l'on considère l'état de dilatation du col chez une femme qui vient d'accoucher, on comprendra facilement que les liquides puissent refluer par l'orifice du col entre les parois et la sonde et que dans ce cas l'injection est sans danger.

En outre, la disposition des fibres musculaires de l'utérus autour de l'orifice interne des trompes vient encore opposer un obstacle sérieux au reflux des liquides. On sait, en effet, que ces fibres affectent une disposition circulaire autour de cet orifice et y forment comme un véritable sphincter. Que, sous l'influence d'un agent quelconque, l'utérus vienne à se contracter, et il est à supposer que ces fibres circulaires suivront le même mouvement et amèneront ainsi l'oblitération de l'orifice des trompes, opposant une barrière au passage du liquide qui trouvera moins de difficulté à s'écouler par l'orifice du col.

Dès 1846, Gensoul, de Lyon, écrivait que les injections lui paraissaient sans danger pendant les suites de couches, parce que, le col de la matrice étant largement ouvert, l'eau doit y entrer librement, tandis qu'elle ne peut pénétrer dans les trompes de Fallope, dont l'ouverture, étroite à l'état normal doit encore être diminuée par le fait du gonflement inflammatoire.

Les exemples sont nombreux d'injections intra-utérines faites sans le moindre accident. « Depuis plusieurs années et sur plusieurs centaines d'injections que j'ai faites dans la cavité utérine, dit Aran, j'en suis encore à voir une péritonite même partielle ». Sur 2,500 irrigations intra-utérines mentionnées par le docteur Rendu, dans sa thèse, il est à peine quelques cas où on ait pu noter des accidents.

Les injections de teinture d'iode, pas plus que les autres injections faites dans la cavité utérine, n'offrent aucun danger de passage dans le péritoine par les trompes. Je pourrais citer à l'appui de cette opinion et de la théorie de Dupierris bon

nombre d'observations d'autres auteurs. Je mentionnerai seulement M. le Dr Flornoy qui, comme il a bien voulu lui-même me le communiquer, a été conduit à convenir avec Dupierris de la parfaite innocuité des injections iodées. Parmi les succès nombreux obtenus par cette méthode, M. Flornoy cite deux cas : 1° l'un, d'une femme chez laquelle, à la suite d'une troisième grossesse, une hémorragie abondante ayant résisté à l'emploi du seigle ergoté et à la compression de l'aorte, fut arrêtée par une seule injection iodée, d'après la formule de Dupierris, faite avec une sonde d'homme et une seringue à hydrocèle ordinaire... ; 2° l'autre, d'une femme primipare, chez laquelle l'hémorragie fut arrêtée après deux injections rapprochées faites sans aucun inconvénient pour la malade.

Qu'il me soit maintenant permis de citer plusieurs observations personnelles prises dans le service de M. le professeur Vergely et de rapporter celles qu'ont bien voulu me communiquer MM. Vergely et Dudon.

OBSERVATION I (personnelle).

Ch... (Anna), âgée de 19 ans, femme de chambre, est entrée à l'hôpital Saint-André, salle 5, le premier octobre 1888, pour des hémorragies utérines abondantes.

La malade n'accuse aucune maladie antérieure, aucun accident syphilitique. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 12 ans et, depuis, ses règles ont paru chaque mois sans aucune irrégularité. Elle a eu un enfant à l'âge de 16 ans; accouchement normal.

Il y a deux mois, elle fut prise d'une céphalalgie intense en même temps qu'apparaissait une métrorrhagie abondante, sans caillots, sans douleurs dans le ventre ni dans les lombes. Ces pertes ont toujours continué, avec moins d'abondance cependant que le premier jour, mais assez inquiétantes pour conduire la malade à l'hôpital.

A l'examen de la malade, nous ne notons rien de particulier dans son extérieur, pas de pâleur des téguments malgré les pertes qui continuent. Le ventre est légèrement ballonné et la malade accuse à la pression une douleur dans la fosse iliaque gauche. La peau est chaude ; le pouls a 88.

Au toucher, on constate un utérus volumineux, des culs-de-sacs tendus, gonflés, surtout le cul-de-sac postérieur. Le col est douloureux.

Traitement : Injection d'eau chaude à 45°.

Potion avec XX gouttes de teinture d'hamamélis virginica.

L'hémorragie diminue un peu sous l'influence de ce traitement.

5 octobre : Potion avec seigle ergoté 2 grammes. L'hémorragie continue, quoique moins abondante, le 5 et les jours suivants. La douleur de la fosse iliaque gauche a un peu diminué ; la malade se sent très faible et a des vertiges dès qu'elle veut seulement s'asseoir sur son lit.

10 octobre : Même état de faiblesse et hémorragie persistante. On examine la malade au spéculum et on constate que le col est rouge, un peu volumineux, mais sans aucune lésion ; un peu de sang s'écoule par l'orifice de l'utérus. M. Vergely se décide alors à pratiquer une injection intra-utérine de teinture d'iode avec une solution de 50 gr. de teinture d'iode, 15 gr. d'iodure de potassium et 200 d'eau distillée. Après le lavage vaginal antiseptique, il fait une injection d'environ 60 gr. de la solution et la malade est aussitôt rapportée dans son lit. Pas de douleurs.

11 octobre ; L'hémorragie n'a plus reparu depuis l'injection, le ventre n'est pas douloureux ; l'état général est bon.

12 octobre : Même état d'amélioration.

13 octobre : L'hémorragie n'a pas reparu. Cependant la malade se plaint d'une douleur dans la fosse iliaque gauche, exagérée par la pression ; le pouls est à 72. Constipation. — Lavement purgatif.

14 octobre : La douleur a disparu.

15 octobre : La malade se sent plus forte et, l'hémorragie ne s'étant point reproduite depuis l'injection, M. Vergely lui permet de quitter le lit.

22 octobre : La malade qui se levait depuis six jours, se sent fatiguée, le ventre est de nouveau douloureux. Dans la journée, l'hémorragie reparaît.

23 octobre : Nouvelle injection intra-utérine de teinture d'iode. L'hémorragie s'arrête de nouveau. Repos absolu au lit.

24 octobre : L'hémorragie n'a pas reparu ; la malade n'accuse pas de douleurs dans le ventre.

Le repos ayant été mieux observé que la première fois, cet état d'amélioration persiste et la malade peut quitter l'hôpital le 5 novembre complètement guérie.

OBSERVATION II (personnelle).

Le 3 novembre 1888 entrait à l'hôpital Saint-André, salle 5, la nommée G... (Françoise), âgée de 22 ans, lingère, originaire de la Corrèze et habitant Bordeaux depuis 3 ans. La veille, sans qu'elle puisse nous en donner la cause, elle a été prise d'une hémorragie utérine abondante qui a nécessité son entrée à l'hôpital, où nous la trouvons couchée salle 5, lit 23.

Nous interrogeons la malade et nous apprenons que son père est encore vivant et bien portant; que sa mère est morte à la suite d'une fluxion de poitrine, qu'elle a une sœur bien portante. Elle n'a jamais été malade; réglée à 16 ans seulement, elle a toujours eu régulièrement ses règles jusqu'à aujourd'hui. Elle a eu deux enfants dont l'un est mort il y a un mois; l'autre se porte bien. Ces deux accouchements ont été normaux.

La malade accuse une grande faiblesse; elle est pâle, inquiète, sans appétit; le ventre est douloureux à la pression. Elle souffre aussi beaucoup des reins. L'hémorragie est abondante, avec de nombreux caillots.

Le même jour, M. Vergely fait une injection de teinture d'iode de 100 grammes environ; la malade n'en ressent aucune douleur. L'hémorragie diminue un peu; repos au lit dans la position horizontale, les jambes relevées par un coussin.

4 novembre : L'hémorragie continue toujours, moins abondante cependant que la veille. Nouvelle injection de teinture d'iode; pas de douleur. La perte de sang diminue beaucoup; le soir la malade ne perd presque plus.

5 novembre : L'hémorragie est arrêtée ; la malade sent ses forces revenir un peu.

6 novembre : L'amélioration dans l'état de la malade est notable. La pâleur a disparu, l'appétit est revenu. Mais le soir même, malgré la recommandation qui lui avait été faite, la malade se lève et promène dans la salle. Aussitôt les douleurs reparaissent dans le ventre et les lombes.

7 novembre : L'hémorragie a paru de nouveau pendant la nuit, mais moins abondante que la première fois. La malade accuse toujours de la douleur dans le ventre et les reins. Nouvelle injection de teinture d'iode. Pas de douleur et arrêt de l'hémorragie.

8 novembre : L'hémorragie n'a point reparu. Le repos le plus absolu est recommandé à la malade.

9 novembre : La malade se trouve bien mieux, quoique encore un peu faible. Les douleurs du ventre et des reins ont complètement disparu.

12 novembre : L'amélioration est plus notable encore. La malade se lève quelques heures et sans fatigue. Elle va de mieux en mieux les jours suivants et enfin sort de l'hôpital le 17 novembre complètement guérie.

OBSERVATION III (personnelle).

M... (Marie), entre à l'hôpital Saint-André, salle 5, le 14 mai 1889 pour des pertes abondantes. Elle est âgée de 22 ans, domestique et non mariée.

Son père et sa mère sont bien portants ; une sœur qu'elle a eue est morte d'une fluxion de poitrine. Elle-même n'a jamais été malade. Réglée à 12 ans, elle a vu ses règles revenir chaque mois, mais très abondantes.

Le 27 avril elle entrait à Pellegrin pour une grossesse de neuf mois ; son accouchement fut normal et les suites de couches normales aussi, pendant les huit premiers jours. Le 5 mai, étant encore à Pellegrin, elle fut prise d'une violente fièvre sans frisson, sans aucune douleur ; en même temps commencèrent des pertes de sang abondantes. La fièvre dura huit jours puis disparut ; mais l'hémorragie continua, quoique moins grande. La

malade voulut néanmoins sortir et reprendre sa place le 13 mai. Le soir même les pertes augmentèrent de nouveau et dès le lendemain la malade se vit forcée d'entrer à l'hôpital Saint-André où nous l'avons trouvée le 14, couchée salle 5, lit 29.

14 mai : La malade est anémiée, pâle, très affaiblie. Elle accuse une forte douleur au côté gauche au-dessous du sein; l'hémorragie est abondante, ce qui oblige de retarder l'examen au spéculum.

Traitement : Potion avec perchlorure de fer (20 gouttes) et infusion de quinquina. Repos au lit.

15 mai : Les pertes continuent toujours avec abondance. M. Vergely décide aussitôt d'employer les injections de teinture d'iode. Après avoir examiné la malade au spéculum et avoir constaté que le col de l'utérus ne présente aucune lésion mais seulement un peu d'augmentation de volume, il procède au nettoyage du vagin avec de l'eau tiède, puis il injecte 100 grammes de la solution dont j'ai donné plus haut la formule. La malade ne ressent aucune souffrance et l'hémorragie cesse aussitôt. Marie M... est rapportée avec précaution dans son lit et laissée au repos le plus absolu sans aucun traitement.

16 mai : L'hémorragie n'a plus reparu depuis l'injection; la malade n'a ressenti aucune souffrance. Elle est maintenant plus tranquille. Repos au lit; un peu de nourriture et une potion avec extrait mou de quinquina, 4 grammes.

17 mai : La malade sent ses forces renaître; plus d'hémorragie ni de douleurs. Elle peut se tenir assise sur son lit sans fatigue.

Le 20 mai, la malade peut se lever, se promener dans la salle; l'hémorragie ne se reproduit point. Les jours suivants, les forces étant revenues, elle peut aider la sœur dans le service de la salle.

Le 12 juin, les règles reviennent comme autrefois, avec autant d'abondance; elles durent deux jours seulement. Enfin la malade tout à fait guérie sort le 15 juin pour reprendre sa place de domestique.

OBSERVATION IV (personnelle).

Henriette R..., entrée à l'hôpital Saint-André, salle 3, pour des pertes abondantes depuis huit jours. Elle est âgée de 26 ans, originaire du département du Maine-et-Loire et habite Bordeaux depuis deux ans.

Son père est mort d'accident; sa mère est morte de suites de couches; pas de frères ni de sœurs.

Elle dit avoir été réglée à l'âge de 15 ans, quoique cependant elle ait commencé à se livrer à la prostitution dès l'âge de 13 ans. Depuis cette époque, elle a fait de la prostitution son métier, d'abord à la Rochelle, puis à Bordeaux. Elle n'accuse aucune maladie vénérienne et actuellement on n'en voit pas de traces.

A 17 ans, elle fut obligée d'entrer à l'hôpital de la Rochelle pour anémie : elle prit de l'huile de foie de morue, du fer, du goudron, de la viande crue et sortit, après un mois environ, bien portante.

Elle eut un premier enfant en 1884 qui vint à terme, mais mort. A la suite de cet acoucchement, elle eut pendant trois semaines des pertes de sang abondantes qui s'arrêtèrent, dit-elle, sans autre traitement que le repos.

En 1887, elle était enceinte de cinq mois, lorsqu'à la suite d'une violente colère avec attaque de nerfs et perte de connaissance, elle a une hémorragie abondante suivie d'avortement. Les pertes durent de 4 à 5 jours, puis la malade peut reprendre sa vie habituelle.

Enfin le 20 mai 1889, à la suite de rapports sexuels violents et prolongés avec un homme ivre, elle vit survenir des pertes abondantes de sang rouge, sans caillots. Ces pertes continuant, elle entre à l'hôpital Saint-André, le 27 mai, salle 5 où elle est encore couchée au lit 30.

28 mai : Quand nous voyons la malade le matin, pendant la visite, elle nous raconte qu'elle souffrait beaucoup du ventre depuis deux jours et que la veille au soir, à peine rendue dans la salle, elle a expulsé un fœtus de 3 mois qui nous a été présenté. En ce moment Henriette R... perd encore

beaucoup de sang et nous pouvons voir dans son lit le placenta et les membranes sortis depuis quelques instants à peine.

Traitement : Repos au lit et potion avec 1 gramme d'ergotine.

Le 29 mai et jours suivants, les pertes continuent avec moins d'abondance ; la malade n'a pas de fièvre.

5 juin : l'hémorragie continuant, M. Lamarque, interne du service, fait, sur le conseil de M. Vergely, une injection de teinture d'iode. Les pertes cessent pendant la journée, moins rapidement que dans les deux cas précédents ; la malade a ressenti quelques tranchées dans la soirée.

6 juin : Il n'y a plus d'hémorragie, la malade ne soufre pas ; le repos au lit est encore rigoureusement prescrit.

7 juin : L'amélioration est notable. La malade, malgré les ordres de M. Vergely, se lève pendant la journée ; mais il ne survient aucun accident.

8, 9 et 10 juin : Même état d'amélioration; la malade continue à se lever.

11 juin : Examen au spéculum, cautérisation légère du col encore volumineux et ulcéré avec du chlorure de zinc. Un peu d'écoulement de sang pendant la journée, puis tout rentre dans l'ordre. Les hémorragies ont complètement disparu depuis ce jour; la malade demeure cependant à l'hôpital pour y faire soigner un peu de métrite. Les règles sont revenues le 23 juin, ont duré 3 jours, assez abondantes mais sans douleurs.

OBSERVATION V

Le 2 février 1878, la dame N..., âgée de 26 ans, enceinte de 3 mois, fut prise, à la suite de fatigues excessives, de violentes douleurs utérines qui amenèrent le soir même une fausse couche et l'expulsion d'un œuf avec les membranes qui l'entouraient.

Le lendemain, 3 février, une hémorragie utérine assez abondante se déclara. M. Vergely appelé auprès de la malade, recommande le repos le plus absolu au lit et prescrit une potion de seigle ergoté et de digitale.

4 février : L'hémorragie a un peu diminué d'intensité. Une nouvelle po-

tion au seigle ergoté (1 gramme) est prescrite. Pendant 6 jours le même traitement est suivi et la malade garde le lit ; l'hémorragie est suspendue.

Le 12 février, la malade, malgré les recommandations qui lui ont été faites, veut se lever et se livrer activement aux soins de son ménage. Mais l'hémorragie se reproduit de nouveau avec une intensité telle que M. Vergely est appelé en toute hâte. Il constate une perte assez abondante: sept linges depuis la veille. La malade est pâle, le pouls est régulier, battant 90 fois par minute, faible. L'utérus se perçoit au dessus du pubis, il est peu douloureux; par le toucher, on constate que le col est largement ouvert.

Depuis cette époque jusqu'au 9 mars, le seigle ergoté est administré avec persévérance jusqu'à 3 grammes par jour ; le ratanhia, les injections rectales et vaginales d'eau froide, les injections vaginales d'eau alunée, les compresses d'eau froide sur le ventre sont successivement employées sans obtenir d'autre résultat qu'une diminution dans l'intensité de l'hémorragie. Deux fois le retour d'une hémorragie abondante nécessite le tamponnement du vagin; mais le sang s'accumule dans l'utérus, il se forme des caillots qui se putréfient. Les tampons enlevés après 48 heures de séjour dans le vagin, l'hémorragie se reproduit.

Le 9 mars, la malade perd encore du sang et salit 4 serviettes par vingt-quatre heures. De temps à autre des caillots infects se détachent, sortent du vagin et répandent dans l'appartement une odeur insupportable. La malade est très pâle, affaiblie, découragée.

M. Vergely, appelé de nouveau, applique le spéculum qui se remplit aussitôt d'un sang noir et infect. Le col est pâle, sans érosions, le museau de tanche est entr'ouvert. Il introduit à 15 millimètres de profondeur une sonde et à l'aide d'une seringue il pousse dans la cavité utérine 100 grammes de la solution suivante :

Eau alcoolisée	500	grammes
Teinture d'iode	50	»
Iodure de potassium. . .	2	»

Cette injection arrête immédiatement l'hémorragie sans la moindre dou-

leur ; dans la soirée cependant la malade ressent quelques petites coliques ; pas de fièvre.

10 mars : La malade n'a perdu qu'une très faible quantité de sérosités sanguinolentes, à peine un linge. Elle n'a ressenti aucune douleur : on ne constate pas de fièvre, le pouls est à 80, l'appétit est revenu ; la face reste pâle. L'odeur putride a entièrement disparu. Nouvelle injection de la même quantité de solution.

11 mars : La malade ne perd plus de tout ; elle n'a pas de douleurs utérines ; l'état général est meilleur. Le spéculum appliqué, l'utérus laisse échapper 2 grandes cuillerées de sang noirâtre. Nouvelle injection de 100 grammes.

12 mars : Quelques taches seulement sur un linge, pas de fièvre ni de douleurs. Nouvelle injection.

Les jours suivants, la malade perd une assez grande quantité de sérosités roussâtres. L'anémie est considérable et la faiblesse extrême. Cependant l'appétit est excellent et les fonctions digestives s'exécutent convenablement.

4 avril : La malade se rétablissait peu a peu et reprenait ses forces, lorsque le 4 avril, à la suite d'un effort pour soulever un enfant, elle est prise de douleurs dans le ventre et d'une hémorragie assez abondante pour salir quatre linges avec caillots nombreux. M. Vergely appelé aussitôt fait une injection d'eau froide et prescrit un lavement d'eau froide ainsi qu'une potion avec 1 gramme d'ergot de seigle.

5 avril : L'hémorragie a continué pendant toute la nuit. Deux injections intra-utérines de teinture d'iode, une le matin et l'autre le soir.

6 avril : L'hémorragie est arrêtée. Nouvelle injection de teinture d'iode.

7 avril : Pas d'hémorragie ; nouvelle injection.

10 avril : La malade est debout ; l'hémorragie ne s'est pas reproduite depuis le 5. Elle fait tous les jours une injection d'eau alunée. Depuis cette époque, les hémorragies ne se sont plus reproduites et la malade est parfaitement guérie.

OBSERVATION VI

Mme B... est d'une vigoureuse constitution, elle a eu un enfant.

Le 19 février 1879, à la suite de grandes fatigues, elle fut prise de vives douleurs dans le ventre et dans les reins qui l'obligèrent à se mettre au lit. Le lendemain, elle voulut se lever, mais elle ressentit aussitôt des douleurs dans tout le ventre ; elle eut en même temps des frissons, des vomissements. M. Vergely, appelé auprès d'elle, ordonna une potion calmante et le repos au lit. La malade put dormir. L'amélioration se fit sentir rapidement, mais il se produisit une perte sanguinolente que la dame B... attribua à un retard de quelques jours dans ses règles, ce qui lui fit soupçonner une grossesse. Ces pertes continuèrent pendant la fin de février et tout le mois de mars, un peu amoindries cependant par des injections chaudes astringentes et le repos.

Le 3 avril, l'hémorragie reparut plus abondante et accompagnée de caillots. M. Vergely constata les signes d'une métrite : le corps et le col de l'utérus étaient volumineux ; le col était entr'ouvert, le corps en anté-version. La malade accusait de la douleur dans la région hypogastrique et dans la région lombaire.

4 avril : L'hémorragie persistant, M. Vergely fait une injection sous-cutanée d'une seringue et demie d'ergotine ; à la fin de la journée la perte est diminuée.

5 avril : L'hémorragie s'est reproduite. Nouvelle injection d'une seringue et demie d'ergotine, le matin. A deux heures de l'après-midi, la perte étant encore très abondante et la faiblesse de la malade allant en augmentant, seconde injection de deux seringues d'ergotine. M. Vergely prescrit en même temps une potion avec :

Extrait de ratanhia.....	2 gr.
Ergot de seigle.....	0 » 50 centigr.
Poudre de digitale.....	0 » 50 »

6 avril : L'hémorragie est suspendue ; nouvelle injection d'une seringue et demie d'ergotine.

7 avril : L'hémorragie se reproduit.

9 avril : L'hémorragie continue, mais moins abondante. Injection d'eau chaude.

10 avril : Perte légère ; injection d'eau chaude à 45°. La pâleur est extrême ; le pouls à 100 est très petit, filant.

11 avril : La perte continue ; trois injections d'eau chaude.

12 avril : Examen au spéculum. M. Vergely constate que le vagin est plein de caillots qui sortent du col et forment bouchon. Après un lavage antiseptique pour débarrasser la cavité vaginale de ces caillots, il fait une injection d'iode au tiers avec une seringue de Pravaz armée d'une sonde en gomme élastique. L'injection ne peut pas pénétrer.

13 avril : Le vagin est encore rempli de caillots ; il y a toujours hémorragie. Les caillots sont enlevés à l'aide d'injections d'eau tiède et de légères pressions sur l'hypogastre, puis M. Vergely fait deux injections de teinture d'iode au tiers dans la matrice, environ 60 gr. de liquide chaque fois. Il s'assure qu'elles ressortent bien de l'utérus.

14 avril : L'hémorragie est arrêtée ; la malade garde le lit ; pas d'injection nouvelle.

15 avril : Un petit écoulement de sérosité sanguinolente persiste encore.

16 avril : Toute trace d'hémorragie a disparu. Les pertes ne se sont plus reproduites depuis ce jour et vers le 20 la malade était assez forte pour passer toute la journée sur une chaise longue.

OBSERVATION VII

Madame L..., âgée de 24 ans, jouit d'une excellente santé ; elle n'a jamais eu de troubles menstruels. Mariée depuis un an, elle devient enceinte dans les premiers jours de janvier 1889. Au mois de mai, elle est prise d'oreillons et fait une fausse couche qui est suivie d'une hémorragie très abondante.

M. Vergely, appelé auprès d'elle, est obligé d'extraire le placenta qui n'avait pas été expulsé. Après avoir soigneusement fait l'antiseptie du vagin et de la cavité utérine au moyen d'injections d'eau phéniquée chaude, il fait une injection de teinture d'iode au tiers, puis place des tampons dans le vagin. L'hémorragie cesse et les tampons enlevés sont à peine tachés de sang.

Le 25 mai, époque des règles, il se fait une perte de sang peu abondante qui ne s'accompagne que de quelques caillots ; les règles durent jusqu'au 29 mai. Durant les premiers jours de juin, la malade se lève ; le sommeil et l'appétit sont excellents ; elle n'éprouve aucune douleur dans le ventre.

Elle commençait à reprendre des forces, lorsque le 8 juin elle eut brusquement une hémorragie abondante avec caillots volumineux. M. Vergely fait aussitôt des injections d'eau chaude et prescrit le repos au lit. L'hémorragie diminue un peu, mais continue jusqu'au 16, malgré 1 gramme d'ergotine par jour.

Le 17 juin, les pertes sont toujours aussi abondantes. A l'examen au spéculum, l'utérus apparaît volumineux, en anté-version ; le col est entr'ouvert, sans aucune lésion. M. Vergely fait le lavage du vagin avec de l'eau chaude boriquée et phéniquée, puis il introduit une sonde dans l'utérus et injecte 50 grammes de solution de teinture d'iode. Pas de douleurs pendant ni après l'injection. Un tampon d'ouate boriquée est appliqué sur le col ; quand on l'enlève, il est à peine teinté de sang.

18 juin : on remarque sur les linges à peine deux taches rosées. L'hémorragie a complètement disparu.

19 juin : pas d'hémorragie. L'ergotine est reprise à la dose de 1 gramme pendant 4 ou 5 jours, puis tout traitement est supprimé. L'hémorragie n'a plus reparu depuis.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le professeur Dudon)

Hémorragies inquiétantes provoquées par un fibrome utérin, arrêtées par l'injection de teinture d'iode pure.

Il y a deux ans, entrait dans le service M. le professeur Dudon à l'hôpital Saint-André, une jeune femme de 28 ans, habitant le Médoc.

Cette jeune femme perdait au moment et en dehors de ses règles une quantité considérable de sang, et ces hémorragies l'avaient réduite à un extrême degré d'anémie. La face était bouffie et cireuse, le système adipeux très développé. L'utérus volumineux comme le poing présentait un fibrome interstitiel que l'on ne pouvait songer à enlever.

Tous les moyens mis en usage contre les fibromes et leurs accidents étaient restés impuissants; la malade s'affaiblissait de plus en plus, quand M. Dudon s'appuyant sur les propriétés caustiques, hémostatiques et atrophiantes de l'iode, résolut de tenter d'arrêter les hémorragies par des injections intra-utérines.

La première injection fut suivie d'une douleur abdominale, mais cet accident ne fut pas de longue durée. L'hémorragie fut arrêtée. Une nouvelle perte de sang étant survenue quelques jours après, M. Dudon fit une seconde injection qui ne fut suivie d'aucune douleur; puis deux autres à la distance de 15 jours environ également sans aucune douleur.

Le résultat de ces injections fut réellement merveilleux et dépassa toutes les espérances. Les pertes de sang disparurent, le fibrome diminua de volume et la santé générale de la malade s'améliora complètement. Cette femme est rentrée chez elle tout à fait rétablie. Depuis cette époque, elle est venue plusieurs fois se présenter à M. Dudon, les hémorragies n'ont jamais reparu.

Le manuel opératoire suivi par M. Dudon avait été des plus simples. La femme placée dans la position du spéculum et cet instrument ayant été

appliqué, une petite sonde en gomme élastique, assez petite pour ne pas remplir tout à fait le col utérin, avait été introduite dans l'utérus aussi profondément que possible ; puis la teinture d'iode pure avait été injectée doucement à l'aide d'une seringue, jusqu'à ce que le liquide ressortît par l'ouverture du museau de tanche.

OBSERVATION IX

Le 19 août 1887 entrait à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Dudon, salle 2, une femme nommée M..., pour des hémorragies abondantes provoquées par un fibrome de l'utérus.

Le début de l'affection remontait, au dire de la malade, à cinq ans, et depuis cette époque elle voyait se produire fréquemment des métrorrhagies abondantes.

M. Dudon, après avoir mis en usage sans succès tous les moyens connus à cette époque, voulut essayer les injections intra-utérines de teinture d'iode.

Une première injection arrêta pour un temps seulement les hémorragies. Elles recommencèrent plus fortes qu'auparavant les 7, 8 et 9 septembre.

Le 10 septembre, M. Dudon pratiqua une nouvelle injection de teinture d'iode pure. L'écoulement sanguin s'arrêta mais la malade resta fatiguée et très anémiée.

L'injection de teinture d'iode ne produisit pas dans ce cas l'excellent effet que nous lui avons vu produire dans le cas précédent.

Je n'ai point la prétention de faire des injections de teinture d'iode le moyen le plus sûr et le plus efficace dans les cas de métrorrhagie. D'autres hémostatiques agissent dans ce genre d'affection, en produisant également le réveil de la contractilité musculaire. Je sais que les injections d'eau froide et l'application de la glace ont produit entre les mains d'un

grand nombre de médecins d'excellents résultats; que le seigle ergoté, le perchlorure de fer et autres hémostatiques ont aussi réussi dans un grand nombre de cas. Mais ces divers agents ne paraissent pas agir aussi rapidement ni aussi sûrement que les injections iodées. On a pu voir, en effet, dans la plupart des observations rapportées, que très souvent les injections iodées ont dû être employées alors que ces mêmes agents avaient échoué et que toujours dans ces cas elles avaient amené l'arrêt rapide de l'hémorragie. Par conséquent, sans enlever aux autres hémostatiques tout leur mérite, l'injection intra-utérine de teinture d'iode me paraît être un moyen plus rapide d'arrêter l'écoulement sanguin.

En outre de cette action presque instantanée sur l'hémorragie, l'injection intra-utérine offre encore ces avantages qu'elle est inoffensive, qu'elle est facile à employer, ne provoque point de douleurs et est ainsi facilement supportée par les femmes. L'iode est aussi un bon antiseptique : Boinet, dans son *Traité d'Iodothérapie,* préconise son emploi dans le traitement des plaies et des ulcères et nous avons vu dans les observations de Dupierris que la teinture d'iode diminue la putridité des lochies.

Des observations que j'ai rapportées, il résulte ce fait que les injections intra-utérines de teinture d'iode ont été fréquemment employées avec succès contre les hémorragies venant soit à la suite d'accouchements ou d'avortements, soit en dehors de la grossesse.

Dans les hémorragies *post partum*, elles agissent en provoquant la contractilité musculaire et en aidant ainsi à l'involution de l'utérus; nous les avons vues vaincre très rapidement l'atonie de la matrice. Grâce à la disposition des vaisseaux au sein des fibres musculaires, la teinture d'iode amène l'oblitération de leur orifice béant après l'expulsion du placenta et oppose ainsi le meilleur des obstacles à l'écoulement sanguin.

Rarement l'utérus une fois contracté se laisse distendre de nouveau au point de permettre à une nouvelle hémorragie de se produire et de nécessiter une nouvelle intervention. En outre, la contraction brusque de la matrice, assez violente, nous l'avons vu, pour repousser la main de l'accoucheur introduite comme conducteur de la sonde, rend aussitôt après la délivrance un service éminent en débarrassant la cavité utérine des débris de placenta qui pourraient encore y séjourner et des restes des membranes ou autres corps étrangers qui sont trop souvent la cause d'accidents graves des suites de couches. En outre, comme l'a montré Dupierris, la durée et la quantité des lochies est moindre que d'habitude et ces lochies perdent leur fétidité.

Les injections iodées si utiles après l'accouchement, alors que, soit par la longueur du travail, soit par l'abondance du sang déjà perdu, ou bien encore par toute autre cause tenant à la constitution de la femme, le muscle utérin ne peut plus revenir sur lui-même, ces mêmes injections amènent également l'arrêt de l'hémorragie quand elle est provoquée par une lésion de l'utérus indépendante de la grossesse. Nous avons vu que la première fois que le docteur Dupierris introduisit la teinture d'iode dans la matrice, ce fut chez une femme ayant une hémorragie abondante provoquée par un cancer du col de l'utérus et que l'écoulement s'arrêta aussitôt. Dans la suite, il combattit également avec succès par la même méthode une hémorragie consécutive à l'accouchement chez une femme ayant aussi un cancer de l'utérus.

Les deux observations que M. Dudon a bien voulu nous communiquer ont trait à deux femmes ayant chacune une tumeur fibreuse de l'utérus et considérablement affaiblies par de fréquentes hémorragies consécutives. Dans le premier cas, l'arrêt de l'écoulement eut lieu dès la première injection suivie

d'un peu de douleur abdominale; une nouvelle hémorragie s'étant produite, une autre injection fut faite sans aucune souffrance, puis deux autres à quinze jours d'intervalle environ et la malade put retourner chez elle délivrée de ces pertes qu'elle n'a plus eues depuis deux ans; M. Dudon a pu constater en outre que le fibrome avait diminué de volume. La santé de la malade est excellente encore aujourd'hui, l'hémorragie n'a point reparu. Dans le second cas, l'écoulement sanguin fut arrêté après deux injections : la malade était bien affectée d'une tumeur fibreuse de l'utérus comme l'ont constaté MM. Dudon et Beaudrimont.

La teinture d'iode agit donc très bien en second lieu contre les hémorragies consécutives à des cancers et à des fibromes de l'utérus. On pourra également l'employer avec fruit dans les cas de congestion utérine dite hémorragipare, dans les cas d'altérations de la muqueuse, granulations, fongosités, ulcérations.

Quelles sont maintenant les règles qui doivent présider à ces injections et les instruments que l'on doit employer ? Ce sera l'objet de la troisième partie de ce travail.

CHAPITRE III

RÈGLES GÉNÉRALES POUR LES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

Un grand nombre d'instruments ont été employés par les différents auteurs pour pratiquer les injections intra-utérines.

En 1832, Mellier se servait d'une seringue à hydrocèle et d'une canule un peu longue en gomme élastique qu'il plaçait à l'entrée du col ; il recommandait de pousser le liquide avec précaution et sans effort.

En 1840, Vidal de Cassis employait une petite seringue et une canule droite de volume égal à la sonde de femme et terminée par un petit renflement olivaire percé en pomme d'arrosoir.

En 1858, Strohl, de Strasbourg, se servait d'une seringue et d'une sonde en gomme élastique.

En 1858, Scanzoni employait une seringue de verre et un tube en corne ou en argent recourbé comme la sonde utérine.

En 1860, Aran opérait avec une ampoule en caoutchouc à laquelle il adaptait une sonde utérine percée de trois ouvertures.

Marion Sims dilate préalablement la cavité du col avec une éponge et se sert d'un tube assez petit pour que le liquide puisse s'écouler en dehors par regorgement.

En 1868, Avrard, de la Rochelle, préconisa la sonde métallique à double courant.

Dupierris avait une seringue composée d'un tube en cristal de la capacité de 50 grammes, garni en argent et terminé par

une canule de 16 centimètres, surmontée d'une boule olivaire percée de plusieurs trous. A défaut de cette seringue, il se servait d'une sonde en gomme élastique de 4 à 5 millimètres de diamètre, la canule d'une seringue était introduite dans le pavillon de cette sonde.

Huguier se sert de deux sondes accolées l'une à l'autre ; celle du côté gauche s'arrête à deux centimètres de l'extrémité de celle de droite et est taillée en biseau ; cette dernière se termine par un léger renflement olivaire percé en son milieu.

Réal emploie comme injecteur une poire en caoutchouc à laquelle il adapte un tube en caoutchouc également, et enfin une sonde métallique de petit calibre. Il suffit d'élever la poire à une hauteur mesurée pour que le liquide afflue dans l'utérus.

Pajot et Gallard se servent d'une seringue de Pravaz modifiée par Lüer, d'un contenu de 6 à 8 centimètres cubes ; la tige du piston est graduée, un curseur se meut à volonté sur cette tige et permet de n'injecter que la quantité voulue.

M. Vergely cite un médecin anglais qui a préconisé l'emploi de l'éponge pour porter les liquides astringents dans la cavité de l'utérus. Il adapte une éponge à l'extrémité d'une tige, l'introduit ainsi dans l'utérus, puis il attend la contraction utérine qui exprimera le liquide en comprimant l'éponge. En agissant ainsi, on n'a pas à craindre les dangers d'une projection trop violente du liquide. M. Vergely se sert d'une petite seringue de verre d'une contenance à peu près égale à celle de l'utérus à l'état normal, 4 grammes, à l'extrémité de laquelle est adaptée une sonde en gomme élastique de 15 à 20 centimètres de long, portant une ouverture latérale à son extrémité qui est légèrement renflée.

Il importe beaucoup de bien choisir la sonde que l'on doit employer. En général les sondes métalliques sont préférables aux sondes molles, parce que leur rigidité permet de porter

l'injection dans tous les points de la matrice. Cependant, les sondes flexibles sont souvent plus aisées à manier, elles sont d'une introduction plus facile ; elles ne heurtent pas les parois utérines et ne mettent pas aussi facilement en jeu leur contractilité. On devra les employer dans les cas de mauvaise direction du corps de l'utérus sur le col.

Il faut en outre choisir une sonde d'assez petit calibre pour que l'injection puisse facilement revenir entre elle et les parois du col. Les sondes à un seul courant seront donc préférables puisqu'elles occuperont un plus petit volume. Les sondes à double courant passeront facilement dans le col après l'accouchement parce qu'alors le col est dilaté, mais dans bien des cas leur introduction sera difficile. L'extrémité de la sonde simple ou à double courant ne doit pas rester dans le col, mais pénétrer jusque dans la cavité utérine au moins de deux à trois centimètres.

Quel que soit le but que l'on se propose, il faut que le liquide soit poussé lentement, doucement et que sa quantité n'excède pas la capacité de l'utérus qui à l'état physiologique est de trois à quatre centimètres. On pourra au préalable mesurer la capacité de l'utérus à l'aide de l'hystéromètre. La seringue employée par Pajot et Gallard permettra de s'assurer de la quantité du liquide injecté ; mieux vaut se servir d'une petite seringue de capacité parfaitement connue.

Il faudra, avant de pratiquer l'injection iodée, débarrasser la cavité utérine des mucosités qui y sont sécrétées et qui s'y s'y trouvent en plus grande abondance dans l'état pathologique où il y a hypersécrétion ; la débarrasser également des débris de placenta ou autres corps étrangers qui pourraient y séjourner ; Dupierris conseille d'extraire ces derniers avec la main, les injections d'eau tiède suffiront pour enlever les autres.

La malade devra rester couchée après l'injection, et garder

la continence et le repos. On a vu fréquemment, et nous en avons des exemples, des hémorragies abondantes revenir chez des femmes qui malgré les conseils des médecins ont voulu se lever et vaquer trop tôt à leurs travaux. Le repos devra être gardé jusqu'à ce que deux ou trois jours se soient passés sans qu'on ait vu paraître aucune trace d'hémorragie ; la femme pourra alors se lever, mais elle devra attendre plusieurs jours avant de se livrer à des travaux un peu pénibles.

Quant à la nature du liquide à employer, on pourra se servir, comme l'ont fait MM. Vergely et Dudon, de teinture d'iode pure. A ceux qui craindraient une action trop irritante de ce médicament ainsi utilisé à l'état de pureté ; nous proposons la formule dont se sert M. le professeur Vergely, ainsi conçue.

Teinture d'Iode.....	50	grammes
Iodure de Potassium....	15	»
Eau	200	»

Manuel opératoire : 1° Il faut mettre la femme dans la position de l'examen au spéculum, en travers du lit, les cuisses relevées, les jambes écartées et soutenues soit par un aide, soit au moyen de deux chaises sur les barreaux de laquelle la femme pose ses pieds. L'opérateur devra prendre ici des précautions importantes pour ne pas salir la malade. Un ou plusieurs draps d'alèse seront placés sous elle, ses vêtements étant soigneusement écartés ; on fait déborder le siège un peu hors du lit, et un bassin est placé au dessous pour receillir les liquides qui vont s'échapper du vagin.

2° Si on se sert du spéculum, on le place de façon que le col soit bien visible et autant que possible au centre de l'ouverture. L'introduction de la sonde est alors facile, le médecin ayant bien sous ses yeux le champ opératoire. Si on n'a pas de

spéculum, on introduit un doigt dans le vagin jusqu'au niveau du col ; puis se servant de ce doigt comme conducteur, on fait glisser la sonde jusqu'à l'orifice du col et on retire le doigt.

3° Il faut enfoncer la sonde doucement et lentement. Il est quelquefois utile de lui imprimer des mouvements de circonduction afin de rendre son introduction plus facile.

On a, avant d'introduire la sonde et après avoir placé le spéculum, fait l'antiseptie rigoureuse du vagin au moyen de plusieurs injections d'eau tiède, d'eau boriquée ou phéniquée. On a également débarrassé l'utérus des débris de placenta et de membranes, afin de rendre plus facile le contact de la teinture d'iode avec les parois utérines.

4° Ayant adapté la seringue au pavillon de la sonde, on pousse doucement l'injection de façon qu'elle revienne en bavant, entre la sonde et les parois du col. Il faut avoir soin de purger la seringue avant de l'adapter à la sonde, afin de prévenir la pénétration de l'air dans la cavité utérine. On doit encore prendre bien garde que le liquide sorte par l'orifice du col ; s'il ne sortait pas, il faudrait arrêter l'injection, imprimer à la sonde quelques mouvements afin de faciliter l'écoulement, et enfin la retirer si c'était nécessaire.

5° Après l'injection, on promène un bourdonnet de charpie dans la cavité vaginale et sur le col afin de ne pas laisser le liquide y séjourner. Quelques auteurs placent après l'injection des tampons d'ouate phéniquée ou boriquée à l'orifice du col en cas de persistance de l'écoulement.

6° Aussitôt après l'injection, la femme est replacée dans son lit où elle est condamnée au repos le plus absolu jusqu'à ce que tous les accidents aient disparu ; on pourra aider aux injections, en prescrivant des potions hémostatiques, telles que potions avec teinture d'iode, perchlorure de fer, ratanhia.

L'antiseptie la plus rigoureuse devra être observée durant

toute l'opération. Le médecin aura lavé ses mains avec grand soin dans de l'eau phéniquée. La sonde qui n'aura point servi à une autre malade devra être aussi lavée attentivement et huilée avant son introduction dans l'utérus. Grâce à ces soins de propreté, le médecin évitera des accidents quelquefois très graves du côté des parties qu'il aura à soigner.

Telle est la méthode que nous avons vu employer dans le service de M. Vergely, salle 5, à l'hôpital Saint-André et, durant toute cette année, nous n'avons vu aucun accident se produire soit dans les injections de teinture d'iode déjà citées, soit dans toutes les autres injections intra-utérines.

CONCLUSIONS

Il résulte de l'exposé de la théorie du Dr Dupierris et des observations que j'ai rapportées que :

1° Les injections intra-utérines de teinture d'iode sont d'un excellent effet dans les hémorragies consécutives aux accouchements ou aux avortements.

2° Elles produisent également de bons résultats en dehors de l'état puerpéral, dans les cas de métrite chronique avec pertes de sang, dans les cas de métrorrhagies consécutives à des affections de l'utérus, telles que cancers et fibromes.

3° Elles agissent rapidement et doivent être employées dans les cas graves où les autres moyens auront échoué et même sans employer d'autre mode de traitement.

4° Ces injections peuvent être employées sans crainte de phlegmasie grave du côté de l'utérus par action irritante du médicament, ni de péritonite par passage du liquide par les trompes dans le péritoine.

Vu : *le Doyen*,
A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr P. VERGELY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 3 juillet 1889.
Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
ROUMESTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aran. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes.

Avrard. — *Union médicale,* 1865.

Dubreuilh (Ch.). — *Union médicale,* 1874.

Dupierris. — *Gazette des hôpitaux,* 1857-1869.

» — *Union médicale,* 1870.

Flornoy. — *Bordeaux médical,* 1872.

Fontaine. — Thèse de Doctorat, Paris, 1869.

Guichard. — Thèse de Doctorat, Paris, 1870.

Hourmann. — *Gazette médicale,* 1840.

Johnson. — *Journal de médecine de Bordeaux,* 1878-79.

Levret. — Traité de l'art des accouchements, 1766.

Leroy-d'Etiolles. — *Gazette médicale,* 1840.

Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses, 1712.

Mélier. — Mémoire de l'académie de Médecine, 1832.

Pajot. — Traité des accouchemements.

Ambroise Paré. — Œuvres, t. II, chapitre LXX.

Réal. — Thèse de Guyot sur les Injections intra-utérines, Paris, 1868.

Rendu. — Thèse de Paris, 1879.

Récolin. — Mémoire de l'Académie royale de chirurgie, 1759.

Scanzoni. — Maladies des organes sexuels de la femme, 1858.

Strohl. — Bulletin général de thérapeutique.

Vidal de Cassis. — Traité de Pathologie externe, 1840.

13,546. — Bordeaux, Vᵉ Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.